

Appendix 11a-SPAN ▪ Deinstitutional Services Request- Spanish

Solicitud de Servicios de Desinstitucionalización

Oficina MSSP			
Nombre del solicitante			
Nº Medi-Cal		Teléf	
Dirección		Dto	
Ciudad/Estado/Cod postal			

Solicito servicios del Programa de Diversos Servicios para Personas de Edad Avanzada (*Multipurpose Senior Services Program - MSSP*). En particular, solicito asistencia en mi transición de vivir en una institución a volver a vivir en la comunidad. Entiendo que:

- Solicito servicios del Programa de Diversos Servicios para Personas de Edad Avanzada (*Multipurpose Senior Services Program - MSSP*). En particular, solicito asistencia en mi transición de vivir en una institución a volver a vivir en la comunidad. Entiendo que:
- Puedo cambiar de opinión en cualquier momento, retirarme del programa y decidir seguir viviendo donde vivo ahora. Nadie me obligará a cambiar mi forma de vida o domicilio.
- Si se me da de baja o me retiro de estos servicios de desinstitucionalización de forma voluntaria, esto no afectará otros beneficios sociales o médicos para los que sea elegible.
- Participaré en el proceso de decidir qué servicios de desinstitucionalización necesito. Se me notificará de los servicios que me corresponde recibir y cualquier cambio que se haga a estos arreglos.
- No tengo que contestar ninguna pregunta que no sea relevante para determinar los servicios que me corresponde recibir.
- Toda la información de mi expediente *MSSP* es confidencial. Esto incluye información médica e información general. La información general, abierta según mi autorización, será vista solo por el personal y los consultores del *MSSP*, aquellos que me presten los servicios y en los que la ley prevea.
- La información médica que autorizo entregar a *MSSP* se debe mantener confidencial según lo requiere la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)*). Reconozco que la Oficina de *MSSP* me dio un aviso de las prácticas de privacidad de la HIPAA.

California Department of Aging, Multipurpose Senior Services Program

MSSP Site Manual

- Sólo recibiré servicios de desinstitucionalización mientras existan fondos estatales o federales.
- Entiendo que al momento de mi muerte, el estado debe recuperar el costo de determinados servicios Medi-Cal que haya recibido. Los servicios Medi-Cal recuperables incluyen los costos de atención en centros de convalecencia y otros servicios a largo plazo como el *MSSP*.
- Puedo solicitar una Audiencia Estatal si mi solicitud de ingreso al programa es rechazada, si se me da de baja en el programa, o si no estoy conforme con los servicios que reciba. La Audiencia puede ser solicitada por escrito a:
**California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 19-37
Sacramento CA 94244-2430**

También la puedo solicitar por teléfono a la Unidad de Preguntas Y Respuestas Públicas:

Número gratuito: 1.800.952.5253 TDD para sordos: 1.800.952.8349

Todas las preguntas que tenía hasta este momento sobre MSSP fueron contestadas en su totalidad. Cuando tenga otras preguntas deberé contactar a:

Personal de MSSP		Teléfono	
Firma del solicitante:	X		
Firma MSSP	X	Fecha	

Por la presente, doy testimonio de la firma precedente:
Expliqué los servicios de desinstitucionalización y la naturaleza del compromiso pedido al solicitante. Contesté todas las preguntas sobre el *MSSP* que el solicitante me formuló, en persona o a través de terceros que actúan en su representación. Entregué al solicitante una copia de este formulario.